

MỘT TRƯỜNG HỢP TRÀN KHÍ TRUNG THẤT DO DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

PHÙNG ĐĂNG VIỆT, ĐÀO MINH TUẤN
Bệnh viện Nhi Trung Ương

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Dị vật đường thở là một tai nạn xảy ra do những vật lạ đột ngột rơi vào đường thở, mắc lại ở thanh khí phế quản; thường gặp ở lứa tuổi từ 6 tháng đến 3 tuổi. Dị vật đường thở thường gây suy hô hấp cấp và là nguyên nhân thường gặp của các bệnh cảnh nặng nề như xẹp phổi, viêm phổi tái nhiễm, áp-xe phổi, tràn khí - tràn dịch màng phổi...

Tràn khí trung thất do dị vật đường thở là một biến chứng hiếm gặp nhưng nguy hiểm nên đòi hỏi phải được phát hiện và xử trí kịp thời. Chúng tôi báo cáo một trường hợp tràn khí trung thất do dị vật đường thở ở trẻ em nhằm đưa ra khuyến cáo giúp các đồng nghiệp nhận định và xử trí kịp thời loại biến chứng nguy hiểm của dị vật đường thở.

MÔ TẢ TRƯỜNG HỢP:

Cháu N.T.P.H, nữ, 2 tuổi, vào viện ngày 23 tháng 6 năm 2009 tại khoa Hô Hấp, Bệnh viện Nhi TW với lý do ho, khó thở.

Bệnh sử: 8 ngày trước khi vào viện, trẻ đột ngột xuất hiện ho, khó thở, thở rít tăng dần, kèm theo tràn khí dưới da vùng cổ ngực. Trẻ được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa TN với chẩn đoán: Hen phế quản có biến chứng tràn khí trung thất. Sau 6 ngày nằm viện, trẻ không đáp ứng điều trị. Trẻ vẫn khó thở ậm ạch, ho nhiều, tình trạng tràn khí trung thất tăng hơn nên được chuyển đến Bệnh Viện Nhi Trung Ương.

- Bệnh cảnh lúc nhập viện:

Trẻ nằm trong bệnh cảnh suy hô hấp độ II: vật vã kích thích, khó thở 2 thì, thở rít thanh quản rõ, rút lõm lồng ngực, co kéo cơ hô hấp phụ, SpO₂ dao động 80-85%. Khi thở oxy qua mask, SpO₂ đạt 97%. Nghe phổi có nhiều ran rít, ran phế quản. Nghe tiếng tim

đều, nhanh 168 lần/phút, mạch rõ. Tràn khí dưới da vùng cổ ngực rất rộng. Phim chụp X quang lồng ngực có hình ảnh ú khí 2 trường phổi, hình ảnh tràn khí trung thất.

- Khai thác tiền sử:

Trẻ hoàn toàn khoẻ mạnh, không có tiền sử Hen phế quản. Không khai thác được hội chứng xâm nhập. Không có tiền sử chấn thương lồng ngực.

- Diễn biến:

Sau khi vào viện trẻ được thở oxy, thở khí dung tích cực bằng các thuốc giãn phế quản, chống phù nề thanh quản, chống viêm (ventolin, combivent, Adrenalin, pulmicort) nhưng tình trạng khó thở không thuyên giảm. Trẻ nằm trong bệnh cảnh khó thở 2 thì, liên tục, có tiếng rít thanh quản rõ, tràn khí trung thất tăng dần và xuất hiện khàn tiếng. Do nghĩ đến dị vật đường thở nằm ngay hạ thanh môn nên trẻ được chỉ định soi phế quản thăm dò lúc 20h ngày 24 tháng 6 năm 2009. Kết quả soi phế quản thăm dò bằng ống mềm đã phát hiện 1 mảnh dị vật màu trắng nằm tại hạ thanh môn. Dùng ống soi cứng để gấp dị vật đã lấy ra là 1 mảnh xương. Sau thủ thuật lấy dị vật, tình trạng khó thở được cải thiện rõ rệt, tràn khí trung thất giảm, trẻ xuất viện sau 2 ngày.

BÀN LUẬN:

Tràn khí trung thất xảy ra do 3 nguyên nhân chính: 1. Vỡ phế nang do chênh lệch áp suất giữa phế nang và khoảng kẽ. 2. Vỡ nang (kén)phổi bẩm sinh, nang phế quản. 3. Do thủng, rách đường thở.

Trong trường hợp này, bệnh nhi không có tiền sử chấn thương, trên lâm sàng và X quang phổi không thể hiện bệnh cảnh của nang phổi, không có biểu hiện của bệnh Tụ cầu phổi màng phổi.

Mặc dù bệnh nhi không có tiền sử Hen phế quản, nhưng với tình trạng khó thở, thở rít, kèm theo tràn khí trung thất, chẩn đoán theo dõi Hen phế quản được nghĩ đến đầu tiên, bởi cơn hen ác tính khởi phát lần đầu cũng có thể gây biến chứng tràn khí trung thất. Sau khi điều trị theo hướng Hen phế quản trẻ không đáp ứng, chúng tôi đã nghĩ đến bệnh cảnh dị vật đường thở bỏ quên vì trẻ khó thở 2 thì rõ rệt, có tiếng rít thanh quản rõ, có khàn tiếng, mặc dù không khai thác được hội chứng xâm nhập. Theo Nguyễn Thị Thanh Hương (2004) [1] nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của 55 trẻ bị dị vật đường thở tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1999 đến 2004 cho thấy chỉ gặp 1/55 trường hợp có biến chứng tràn khí màng phổi, chiếm 1,8%.

KẾT LUẬN:

Dị vật đường thở gây cản trở thông khí và thường biểu hiện trên lâm sàng là tình trạng khó thở cấp tính, khó thở 2 thì, gây tình trạng phế nang ứ khí và tràn

khí trung thất. Tràn khí trung thất là một biến chứng hiếm gặp của dị vật đường thở nhưng là biến chứng rất nặng cần được phát hiện và xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Thanh Hương (2004), Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của trẻ bị dị vật đường thở vào Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1999 đến 2004, *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Hà Nội*.
2. Bùi Xuân Tám (1999), Soi phế quản, *Bệnh hô hấp, NXB Y học*.
3. Đào Minh Tuấn (2002), Viêm phế quản phổi tái nhiễm ở trẻ em: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số nguyên nhân qua nội soi phế quản, *Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội*.
4. Hauri-Hohl A, Baenziger O, Frey B. Pneumomediastinum in the neonatal and paediatric. *Eur J Pediatr* 2008; 167:415-418
5. Dolinski.S.Y, Meek.E, Groban.L. An Unusual Case of Subcutaneous Emphysema. *Anesth Analg* 1999; 89:150.